

# Instrucciones para ayudarlo a completar la Solicitud de Exención en el Mercado de Seguros Médicos

A partir de 2014, todas las personas deberán tener una cobertura de salud o hacer un pago cuando presenten su declaración federal de impuestos llamado “pago por responsabilidad compartida”. Algunas personas están exentas de hacer este pago. Algunas categorías de exenciones están disponibles en el Mercado y también verá otras categorías de exenciones cuando presente su declaración federal de impuestos. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/exemptions](http://CuidadoDeSalud.gov/es/exemptions) para obtener más información sobre las exenciones. Usted puede solicitar esas exenciones en el Mercado.

EXENCIÓN:	VER ESTA PÁGINA PARA LAS INSTRUCCIONES:
No puede pagar una cobertura (si vive en un estado que está usando <a href="http://CuidadoDeSalud.gov">CuidadoDeSalud.gov</a> )	4
No puede pagar una cobertura (si vive en determinados estados que tengan un Mercado basado en el estado)	7
Dificultad	9
Indígenas estadounidenses y nativos de Alaska y otras personas elegibles para recibir servicios de un proveedor de atención médica indígena	11
Miembros de sectas o divisiones religiosas reconocidas	13
Miembro de un ministerio de cuidado de salud compartido	14
Está encarcelado	15

Para más detalles sobre el pago de responsabilidad individual compartida, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/exemptions](http://CuidadoDeSalud.gov/es/exemptions).

En la mayoría de los casos, si usted califica para una exención deberá hacer la solicitud. La solicitud que use dependerá de la situación en la que usted se encuentre. Estas instrucciones incluyen ayuda adicional para algunos de los puntos de la solicitud.

**AVISO:** No tiene que solicitar la exención antes de que termine el periodo de inscripción abierta del Mercado.

**RECUERDE:** Si recibe una exención del Mercado, debe guardar la carta que le envíe el Mercado con su número de certificado de exención (ECN). Lo necesitará cuando presente su declaración de impuestos.



# Instrucciones para las Preguntas Generales y la Información que se Encuentra en la Mayoría de las Solicitudes

Para llenar la solicitud use tinta azul o negra.

## PASO 1 Díganos sobre usted si es la persona que está llenando el formulario.

Un adulto (18 años o más) deberá completar la información del Paso 1. Necesitamos esta información para que podamos hacerle un seguimiento si usted tiene alguna pregunta sobre su solicitud y para que podamos decirle si usted o alguien en su solicitud califica para una exención.

## PASO 2 Díganos sobre su familia u hogar fiscal.

Empiece por usted en cada solicitud. El tipo de solicitud de exención que haga determinará qué personas debe incluir en su solicitud. Vea las instrucciones específicas para la solicitud que está haciendo si necesita más detalles.

### PERSONA 1 (Empiece por usted si está solicitando la exención)

#### Puntos 1-5

Complete la información de contacto al principio de la página con sus datos.

#### Punto 2

**Si va a incluir a otra persona en su solicitud, use los parentescos siguientes para describir qué relación tiene con usted la PERSONA 2:**

- Esposo/esposa
- Pareja
- Padre/madre
- Padraastro/madrastra
- Pareja del padre/madre
- Hijo/Hija
- Hijastro/hijastra
- Hijo de su pareja
- Hermano/hermana
- Tío/tía
- Sobrino/sobrina
- Primo hermano
- Abuelo/abuela
- Nieto/nieta
- Otro familiar
- Otro que no sea familiar

#### Punto 6

Díganos sobre la declaración federal de impuestos que piensa presentar el próximo año. Si recibe una exención, deberá presentar su declaración de impuestos para poder usarla.

- Si piensa presentar su declaración federal de impuestos conjuntamente con su cónyuge, marque "sí" y escriba su nombre en la línea correspondiente. Si no es así, marque "no."
- Si usted va a declarar algún dependiente en la declaración de impuestos, marque "sí" y escriba los nombres de los dependientes. Si está presentando su declaración federal de impuestos conjuntamente con su cónyuge, escriba los dependientes en el Paso 2 para cada contribuyente. Si no va a declarar ningún dependiente en su declaración de impuestos, marque "no."
- Si lo declaran como dependiente, marque "sí" e incluya el nombre del contribuyente y qué parentesco tienen. **Por ejemplo**, si usted es el hijo de ese contribuyente, escriba "hijo." Si no es así, escriba "no."

## PERSONA 1 (Continuación)

### Punto 7

Marque "sí" si está solicitando una exención para usted mismo. Algunas personas llenarán las solicitudes para pedir una exención para otra persona solamente. Si este es su caso, no marque esta casilla.

**Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales.** Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS en inglés) a comprender mejor y a mejorar la salud y la atención médica de todos los estadounidenses. Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

## Lea y firme esta solicitud

Lea las declaraciones en la página 3 de la solicitud, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta.

Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el apéndice llamado "Asistencia para Completar esta Solicitud" y enviarlo junto con su solicitud.

## Envíe por correo postal su solicitud completada

Cuando complete la solicitud, envíe la solicitud original firmada (y los apéndices o documentos que la solicitud diga que debe incluir) a la siguiente dirección:

**Mercado de Seguros Médicos — Procesamiento de exenciones**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40741**

Cuando envíe su solicitud por correo, cerciórese de usar la cantidad correcta de franqueo. La cantidad del franqueo dependerá del peso de la solicitud, el cual estará basado en el número de páginas que usted haya incluido.

**Las siguientes instrucciones son para las preguntas e información específicas que se encuentran en cada una de las solicitudes por separado.**

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de pago por Responsabilidad Compartida para las Personas que no Pueden Pagar una Cobertura de Salud y Viven en un Estado con un Mercado Facilitado por el Gobierno Federal

Use esta solicitud para pedir una exención si:

- No puede pagar una cobertura.
- Vive en Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Delaware, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Luisiana, Maine, Michigan, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, New Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Virginia, West Virginia, Wisconsin o Wyoming.

Para pedir esta exención, podría necesitar:

- Los números de Seguro Social (SSN) si los tiene
- Información sobre el empleador y los ingresos de cada miembro de su familia (por ejemplo, de talones de pago, formularios W-2 o declaración de salario o de impuestos)
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el empleo que tenga su familia
- Prueba de sus ingresos anuales para el 2014, como por ejemplo:
  - Declaración de salario o de impuestos (W-2)
  - Talones de pago
  - Carta del empleador
  - Libro de trabajador por cuenta propia
  - Carta de ajuste del costo de la vida y otros avisos de verificación de beneficios
  - Contrato de arrendamiento
  - Copia de un cheque pagado a un miembro del hogar
  - Estado de cuentas de un banco o fondo de inversión
  - Documento o carta de la Administración del Seguro Social (SSA)
  - Formulario SSA 1099 declaración de beneficios del Seguro Social
  - Carta de una agencia del gobierno para beneficios por desempleo

Estos documentos no tienen necesariamente que tener fecha del 2014. Por ejemplo, puede enviar talones de pago recientes si no espera que sus ingresos cambien en el 2014. Si espera que sus ingresos aumenten o disminuyan en el 2014, puede enviar otros documentos, como un documento que diga cuándo terminará el trabajo por contrato. Si una parte de sus ingresos proviene de trabajo como independiente, puede llenar un libro de trabajador por cuenta propia que incluya los ingresos que espera ganar.

## PASO 2 Díganos sobre su familia.

(Página 2)

Usted tiene que proveer información sobre todo el que esté en su declaración federal de impuestos y sobre todos los miembros de su familia que vivan con usted. Esta información nos ayudará a asegurarnos de que todos reciban la exención para la que califican. **Empiece por usted.**

Lea cuidadosamente la información que aparece bajo “A quién necesita incluir en esta solicitud” para que determine a quién debe agregar en el Paso 2.

La solicitud tiene espacio para un máximo de 2 personas. **Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias del Paso 2: Persona 2** y complételas por cada persona adicional.

### **Puntos 8–9**

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al HHS. Proveer esta información no afectará su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

## **PERSONA 1: Trabajo actual e información de ingresos**

**(Página 3)**

Le pedimos información sobre los ingresos actuales para ver si es elegible para una exención en base a que no puede pagar por la cobertura. Incluya cuánto gana en salario y en propinas antes de que le deduzcan los impuestos. No tiene que incluir las cantidades que el empleador deduce de su cheque para cuidado infantil, seguro médico o planes de retiro que “no están sujetos a impuestos” (a veces llamados “deducciones antes de los impuestos”).

### **Punto 19**

**Si usted trabaja por cuenta propia:** Escriba el tipo de trabajo que hace y cuántos ingresos netos ingresará este mes. Ingreso neto significa la cantidad que queda después que usted saca los gastos del negocio. Esta cantidad puede ser positiva o negativa. Vea la tabla de deducciones a ingresos de trabajadores por cuenta propia en la página 18 de estas instrucciones para que sepa qué es lo que puede deducir de sus ingresos brutos.

### **Punto 21**

**Deducciones:** Enumere las deducciones que puede hacer en la página principal de su declaración federal de impuestos 1040.

**(Página 4)**

### **Punto 24**

Si alguien de su familia tiene acceso a una cobertura de salud por el trabajo (ya sea su propio empleo o el de otra persona), marque “sí”, aunque puedan conseguir la cobertura por el trabajo pero no la tengan en estos momentos. Si alguien de su familia puede tener acceso a una cobertura de salud, **deberá** completar el Apéndice A: Cobertura de Salud de Trabajos, y envíela junta con su solicitud. Si no, vaya al Paso 5.

### **Punto 25**

Si alguna de las personas que está solicitando cobertura médica está inscrita actualmente en algún tipo de cobertura médica de las que aparecen en la página 25 de la solicitud, marque el tipo de cobertura, escriba el nombre de la persona al lado de la cobertura que tiene, e incluya cualquier otra información que se solicite.

### **Punto 32**

**Si usted no es ciudadano pero tiene un estatus migratorio elegible,** marque “sí” y escriba el tipo de documento que usted tiene y los números de identificación del documento (vea las páginas 16-17 de estas instrucciones). Si tiene más de uno de estos documentos, escríbalos todos.

## **PERSONA 2**

**(Páginas 5–7)**

Si la PERSONA 2 está pidiendo una exención, siga las mismas instrucciones que se le dieron a la PERSONA 1 para completar el Paso 2: PERSONA 2.

## **PASO 3** Lea y firme esta solicitud.

(Página 8)

Lea las declaraciones en esta página, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta. Si usted o alguna otra persona que está solicitando la exención en esta solicitud se encuentra preso (detenido o en la cárcel), escriba su nombre en el renglón correspondiente. Si la persona está pendiente de disposición, marque el casillero bajo su nombre.

Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice B: Asistencia para Completar esta Solicitud y enviarla junto con su solicitud.

### **APÉNDICE A: Exenciones: Cobertura de Salud de su Empleo**

Si alguien de su familia puede conseguir cobertura de salud por el trabajo, incluidos su padre/madre o cónyuge, ofrezca información sobre esa oferta de cobertura independientemente de que esa persona esté inscrita en la cobertura en estos momentos.

Complete una página para cada empleador que ofrece cobertura de salud. Este apéndice incluye una Herramienta de Cobertura del Empleador que usted debe darle al empleador para que responda las preguntas sobre la cobertura que él ofrece.

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para las Personas que no Pueden Pagar una Cobertura de Salud y Viven en Determinados Estados con un Mercado Basado en el Estado

Use esta solicitud para pedir una exención si:

- No puede pagar una cobertura.
- Vive en California, Colorado, Distrito de Columbia, Hawái, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nevada, Nueva York, Oregon, Rhode Island, Vermont o Washington.

## PASO 2 Díganos sobre su familia.

(Página 2)

Usted tiene que proveer información sobre todo el que esté en su declaración federal de impuestos, aunque no estén solicitando una exención. **Empiece por usted.**

La solicitud tiene espacio para un máximo de 2 personas. **Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias del Paso 2** y complételas por cada persona adicional.

### PERSONA 1: (Empiece por usted)

#### Puntos 8-9

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al HHS. Proveer esta información no afectará su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

#### Punto 12

Si usted tiene acceso a una cobertura de salud por el trabajo (ya sea su propio empleo o el de otra persona), marque "sí", aunque puedan conseguir la cobertura por el trabajo pero no la tengan en estos momentos. Si usted puede tener acceso a una cobertura de salud, **deberá** completar el Apéndice A: Cobertura de Salud de Trabajos, y envíela junta con su solicitud.

### PERSONA 2

(Página 3)

Si la PERSONA 2 está pidiendo una exención, siga las mismas instrucciones que se le dieron a la PERSONA 1 para completar el Paso 2: PERSONA 2.

**Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias del Paso 2: PERSONA 2** y complételas por cada persona adicional.

## PASO 3 Plan del Mercado de Costos más Bajos.

(Página 4)

Cualquier persona que esté solicitando esta exención a la que no le ofrezcan cobertura de salud por empleo, incluido por el empleo de un cónyuge o madre/padre, podrá recibir esta exención basado en el costo del plan bronce de menor costo que esté disponible a través del Mercado de su estado, después de aplicar los créditos fiscales que usted reciba.

### PASO 3 (Continuación)

Esta información solo está disponible a través del Mercado de su estado.

Por tanto, si alguien contestó “no” a la pregunta 12 más arriba—lo que quiere decir que no pueden obtener cobertura a través del empleo—deberá enviar una solicitud de seguro médico al Mercado de su estado, completar el proceso y enviarnos 2 cosas con esta solicitud:

- Una copia del aviso de elegibilidad del Mercado de su estado que muestre su crédito fiscal máximo para la prima.
- Una copia de la pantalla de la herramienta de comparación de planes de su estado que muestre la prima del plan bronce de menor costo disponible para todos los que piden esta exención. Si no hay un plan bronce único que cubra a todos los miembros de su hogar que están pidiendo una exención, entonces mande una copia de las pantallas que muestren los planes bronce de menor costo que al sumarlos tengan el precio más bajo para todo el mundo.

Llame al Mercado de su estado al número de teléfono que aparece en la solicitud si necesita ayuda para obtener esta información.

## PASO 4 **Lea y firme esta solicitud.**

(Página 5)

Lea las declaraciones en esta página, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta.

Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice B: Asistencia para Completar esta Solicitud y enviarla junto con su solicitud.

### APÉNDICE A: Exenciones: Cobertura de Salud de su Empleo

Si alguien de su familia puede conseguir cobertura de salud por el trabajo, incluidos su padre/madre o cónyuge, ofrezca información sobre esa oferta de cobertura independientemente de que esa persona esté inscrita en la cobertura en estos momentos.

Complete una página para cada empleador que ofrece cobertura de salud. Este apéndice incluye una Herramienta de Cobertura del Empleador que usted debe darle al empleador para que responda las preguntas sobre la cobertura que él ofrece.

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para las Personas que han Experimentado Dificultades

Use esta solicitud para pedir una exención si ha experimentado dificultad.

Usted podría calificar para una exención por “dificultad” si:

- No tiene casa.
- Lo desahuciaron en los últimos 6 meses o estaba enfrentando desalojo o ejecución hipotecaria.
- Recibió una factura final o de cierre de una empresa de servicios públicos.
- Ha sido víctima de violencia doméstica recientemente.
- Acaba de sufrir recientemente la muerte de un familiar cercano.
- Ha sido víctima de un incendio, inundación u otro desastre natural o provocado por el hombre que causó daños considerables a su propiedad.
- Se declaró en bancarrota en los últimos 6 meses.
- Tiene gastos médicos que no ha podido pagar en los últimos 24 meses.
- Ha experimentado aumentos inesperados en gastos necesarios debido al cuidado de un familiar enfermo, discapacitado o anciano.
- Espera declarar a un hijo como dependiente para los impuestos a quien le han denegado la cobertura en Medicaid y CHIP, y una orden de los tribunales le exige a otra persona que le dé apoyo médico al menor.
- Como resultado de una decisión de apelación de elegibilidad, usted es elegible para inscribirse en un Plan de Salud Autorizado (QHP) a través del Mercado de seguros, menores costos en sus primas mensuales o reducciones de los costos compartidos por el periodo en que no estuvo inscrito en un QHP a través del Mercado de seguros.
- Se determinó no elegible para Medicaid porque su estado no extendió la elegibilidad para Medicaid bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.
- Recibió un aviso diciendo que su plan de seguro individual fue cancelado y usted cree que no puede pagar otros planes del Mercado de seguros.
- Experimentó más dificultades al tratar de obtener seguro médico.

## PASO 2 Háblenos de su familia u hogar fiscal.

(Página 3)

Háblenos de cada persona de la familia que necesita una exención. No incluya a los dependientes que no estén solicitando esta exención para ellos mismos. Si usted tiene dependientes que declara en sus impuestos y quiere esta exención para ellos, llene el Paso 2 para ellos. **Empiece por usted.**

Esta solicitud tiene espacio para un máximo de 2 personas. **Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias del Paso 2: (página 3)** y complételas por cada persona adicional que necesite una exención..

### Puntos 8-11

Brinde la información que se solicita para explicar su dificultad. Si tiene más de una dificultad, deberá hacer una copia del Paso 2 (página 3) y complete los puntos 8-11 por cada uno.

### Puntos 12-13

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al HHS. Proveer esta información no afectará su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

## PASO 4

Si usted está pidiendo una exención por dificultad porque le cancelaron su cobertura y quiere comprar una cobertura catastrófica, envíele este formulario y la documentación necesaria a la compañía de seguros médicos que ofrece el plan catastrófico que usted quiere. Si usted está pidiendo una exención por dificultad por otra razón, o no quiere comprar una cobertura catastrófica, envíe la solicitud firmada y alguno de los documentos que aparecen en la página 1 de la solicitud al Mercado a la dirección que aparece allí.

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención para Indios Americanos y Nativos de Alaska y Otras Personas Elegibles para Recibir Servicios de un Proveedor de Salud para Indígenas

Use esta solicitud para pedir una exención si usted o alguien de su hogar es:

- Miembro de una tribu indígena, que incluye miembros de tribus reconocidas federalmente y nativos de Alaska que sean miembros de una corporación regional o de aldeas de nativos de Alaska, según se define en o se establece de conformidad con la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska.
- Un indio americano o nativo de Alaska u otra persona que sea elegible para recibir servicios de salud de Servicios de Salud para Indígenas, tribus y organizaciones tribales u organizaciones indígenas urbanas (conocidos como "Proveedores de Salud para Indígenas" o "I/T/Us") como se describe a continuación:

— **Indios**

Personas de ascendencia indígena que pertenecen a una comunidad india que recibe servicios de instalaciones locales y del programa de Servicios de Salud para Indígenas son elegibles para los servicios. Una persona puede considerarse dentro del rango del programa de Servicios de Salud para Indígenas si esa persona es considerada como indígena por la comunidad en la que vive, teniendo en cuenta factores como membresía, inscripción, residencia en una tierra exenta de impuestos, si es dueño de una propiedad restringida, participación activa en asuntos tribales u otros factores relevantes relacionados con mantener las prácticas del Buró de Asuntos Indígenas de la jurisdicción. La elegibilidad basada en el estatus de una persona como indígena de California, esquimal, aleutas u otros nativos de Alaska está incluida en este marco.

— **No Indios**

Además, las siguientes personas no indias son elegibles para servicios de los Servicios de Salud para Indígenas:

(A) Un niño menor de 19 que sea hijo natural, adoptado, hijastro, niño en régimen de acogida, pupilo o huérfano de un indio elegible,

(B) Cónyuges de un indígena elegible si la tribu aprobó una resolución tribal que hace que los cónyuges sean elegibles para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, o

(C) Mujeres no indígenas que lleven en su vientre el hijo de un indígena elegible.

— **Indios Urbanos**

Los Servicios de Salud para Indígenas también contratan a organizaciones indígenas urbanas que brindan servicios a poblaciones urbanas para las cuales aplica el criterio de elegibilidad. Para ser elegible para la exención como indígena urbano, una persona debe residir en un centro urbano donde haya un programa de salud indígena urbano financiado por IHS y cumplir con uno o más de los cuatro criterios siguientes:

(A) Ser miembro de una tribu, banda u otro grupo organizado de indígenas, incluyendo aquellas tribus, bandas o grupos desintegrados desde 1940 y aquellos reconocidos ahora o en el futuro por el estado en el que residen o quien sea descendiente de primer o segundo grado de dicho miembro,

(B) Ser esquimal, aleuta u otro nativo de Alaska,

(C) Ser considerado por la Secretaría de Interior como indígena con cualquier fin; o,

(D) Ser determinado como indígena de conformidad con las regulaciones promulgadas por la Secretaría.

## PASO 2 Díganos sobre su familia u hogar fiscal.

(Página 2)

### Punto 7

Marque "sí" si es miembro de una tribu indígena. Esto significa que es miembro de una tribu reconocida federalmente o un nativo de Alaska miembro de una corporación regional o de aldea de nativos de Alaska, según se define en o se establece de conformidad con la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (ANSCA). Si contestó que "sí," puede dejar el resto de esta página en blanco. Si no es miembro de una tribu indígena, marque "no" y pase al punto 8.

### Punto 8

Si usted es elegible **solamente** para recibir servicios a través de un proveedor de atención médica a indígenas porque lleva en su vientre el hijo de un miembro de una tribu reconocida federalmente o un nativo de Alaska miembro de una corporación regional o de aldea de nativos de Alaska, según se define en o se establece de conformidad con la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (ANSCA), marque "sí" y escriba la fecha de parto. Si contestó que "no" porque es elegible para recibir servicios a través de un proveedor de atención médica a indígenas por otra razón, pase al punto 9.

### Punto 9

Marque "sí" si es elegible para recibir servicios a través de un proveedor de atención médica a indígenas porque lleva en su vientre el hijo de un miembro de una tribu reconocida federalmente o un nativo de Alaska miembro de una corporación regional o de aldea de nativos de Alaska, según se define en o se establece de conformidad con la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska (ANSCA). Luego conteste los puntos 10 y 11, pero solo si es el caso. Si no es el caso, vaya al Paso 3.

### Punto 10

Si no ha sido elegible siempre para recibir servicios a través de un proveedor de atención médica a indígenas, escriba la fecha en que fue elegible para estos servicios. Esto podría aplicar a usted si adquirió la elegibilidad a través de un matrimonio. Si no es el caso, deje este punto en blanco.

### Punto 11

Si sabe que su elegibilidad para recibir servicios a través de un proveedor de atención médica a indígenas ha terminado o terminará, escriba la fecha en que terminó o terminará su elegibilidad para recibir servicios a través de un proveedor de atención médica a indígenas. Por ejemplo, si es elegible porque usted es cónyuge de un indígena americano o nativo de Alaska, y está en el proceso de terminar su matrimonio, esta fecha será la fecha en que reciba una orden del tribunal que diga que su matrimonio se ha anulado. Si usted no es indígena ni nativo de Alaska, esta fecha podría ser la fecha en que cumpla 19 años. Luego vaya al Paso 3.

## PASO 3 Lea y firme esta solicitud.

(Página 3)

Lea las declaraciones en esta página, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta.

Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice A: Asistencia para Completar esta Solicitud y enviarla junto con su solicitud.

## Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para Miembros de Sectas o Divisiones Religiosas Reconocidas

Use esta solicitud si usted y/o alguna otra persona de su familia es miembro de una secta o división religiosa aprobada, las cuales se describen en la sección 1402(g)(1) del Código de Rentas Internas, y un defensor de los principios o enseñanzas de dicha secta o división, incluida la oposición a aceptar los beneficios de cualquier seguro privado o público que haga pagos en caso de muerte, incapacidad, edad avanzada o jubilación o que haga pagos que cubran el costo de, o brinde servicios de, atención médica (incluyendo Medicare y el Seguro Social).

### PASO 2 Díganos sobre su familia u hogar fiscal.

Usted deberá ofrecer información sobre cada persona de la familia que necesita una exención. No incluya a los dependientes que no estén solicitando esta exención. Si tiene dependientes fiscales y usted quiere esta exención para ellos, llene el Paso 2. **Comience por usted.**

La solicitud tiene espacio para un máximo de 2 personas. **Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias del Paso 2: (página 2)** y complételas por cada persona adicional.

(Página 2)

#### Punto 8

Marque "sí" si tiene un formulario 4029 del IRS aprobado ("Solicitud de Exención de Impuestos de Seguro Social y Medicare y Dispensa de Beneficios) y adjunte una copia a su solicitud. No tiene que tener un formulario 4029 del IRS aprobado para recibir esta exención.

#### Punto 9

Díganos el nombre de su secta o división religiosa, el nombre del distrito o congregación y la dirección.

#### Punto 10

Escriba la fecha en que se convirtió en miembro de esta secta o división religiosa. Si su secta o división religiosa no permite que los niños sean miembros hasta cierta fecha, escriba su fecha de nacimiento.

#### Punto 11

Escriba la fecha en que terminó su membresía si actualmente ya no es miembro de esta secta o división religiosa.

#### Puntos 12-13

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS en inglés). Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

### PASO 3 Lea y firme esta solicitud.

(Página 3)

Lea las declaraciones en esta página, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta.

Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice A: Asistencia para Completar esta Solicitud y enviarla junto con su solicitud.

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para Miembros de un Ministerio de Cuidados de Salud Compartidos

Use esta solicitud si usted y/o alguna otra persona de su familia es/fue miembro de un ministerio de cuidados de salud compartidos que esté reconocido por el Mercado de Seguros Médicos.

Un ministerio de cuidados de salud compartidos es una organización cuyos miembros comparten un grupo común de principios éticos y religiosos y comparten gastos médicos entre ellos de conformidad con estas creencias.

## **PASO 2** Díganos sobre su familia u hogar fiscal.

Usted deberá ofrecer información sobre cada persona de la familia que necesita una exención. No incluya a los dependientes que no estén solicitando esta exención. Si tiene dependientes fiscales y usted quiere esta exención para ellos, llene el Paso 2. **Comience por usted.**

La solicitud tiene espacio para un máximo de 2 personas. **Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias del Paso 2: (página 2)** y complételas por cada persona adicional.

### **Punto 7**

Díganos el nombre y la dirección del ministerio de cuidados de salud compartidos a la que pertenece.

### **Punto 8**

Díganos sobre los periodos de tiempo en los que fue miembro con la cuota al día. Solo podrá recibir esta exención para meses que ya pasaron.

### **Puntos 9-10**

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al HHS. Proveer esta información no afectará su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

# Instrucciones para Completar la Solicitud de Exención de Pago por Responsabilidad Compartida para Personas que están Encarceladas (Detenidas o Presas)

Use esta solicitud para pedir una exención si usted o alguien de su hogar estuvo o está encarcelado (detenido o preso) por motivos diferentes a estar pendiente de disposición por los cargos.

## **PASO 2** Díganos sobre su familia u hogar fiscal.

Usted deberá ofrecer información sobre cada persona de la familia que necesita una exención. No incluya a los dependientes que no estén solicitando esta exención. **Comience por usted.**

La solicitud tiene espacio para un máximo de 2 personas. **Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias del Paso 2: (página 2)** y complételas por cada persona adicional.

### **Punto 8**

Díganos las fechas de entrada y salida por cada periodo de tiempo que estuvo encarcelado (detenido o encarcelado) y el nombre de la instalación donde estuvo encarcelado. No incluya periodos de tiempo en los que estuvo pendiente de disposición por los cargos. Solo podrá recibir esta exención para meses que ya pasaron.

### **Puntos 9-10**

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al HHS. Proveer esta información no afectará su elegibilidad para una exención de ninguna forma.

## Lista de estatus inmigratorios elegibles:

Use esta lista para contestar a las preguntas sobre estatus inmigratorio elegible. Solo deberá decirnos el estatus migratorio de las personas que estén solicitando la siguiente exención: la exención del pago de responsabilidad compartida para personas que no pueden pagar una cobertura y viven en un estado con un Mercado facilitado por el gobierno federal. Si ve su estatus más abajo, marque el casillero que dice "sí."

- Residente permanente legal (LPR/titular de tarjeta verde)
- Asilado
- Refugiado
- Cubano/haitiano admitido
- Entró a los EE.UU. bajo palabra
- Entrada condicional concedida antes de 1980
- Cónyuge, niño o padre/madre maltratado
- Víctima de tráfico de personas y su cónyuge, hijo, hermano(a) o padre/madre
- Concedida la Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes inmigratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT)
- Persona con un estatus de no inmigrante (incluidos visas de trabajo, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau)
- Estatus de Protección Temporal (TPS)
- Diferimiento de Partida Forzada (DED)
- El Estatus de Acción Diferida (Acción Diferida para los Llegados durante la Infancia (DACA) no es un estatus inmigratorio elegible en este caso.)

### • **Solicitante de:**

- Estatus Especial de Inmigrante Juvenil
- Ajuste a estatus de LPR con una petición de visa aprobada
- Visa de víctima de tráfico de personas
- Asilo al que se le ha concedido ya sea permiso de trabajo O que es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de asilo pendiente por al menos 180 días.
- Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes inmigratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT) que o bien se le ha concedido permiso de trabajo O es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de suspensión de deportación o suspensión de expulsión, de conformidad con las leyes inmigratorias o de conformidad con CAT por al menos 180 días.

### • **Ciertas personas con permiso de trabajo:**

- Solicitantes del registro
- Orden de supervisión
- Solicitante de Cancelación de Expulsión o Suspensión de Deportación
- Solicitante de Legalización de conformidad con IRCA
- Solicitante de Estatus de Protección Temporal (TPS)
- Legalización de conformidad con la Ley LIFE

- Residente legal temporal
- El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión
- Miembro de una tribu india reconocida federalmente o indio americano nacido en Canadá
- Residente de Samoa Americana

## Estatus inmigratorio y tipos de documentos:

Si usted no es ciudadano pero es elegible, y está solicitando cobertura de salud, enumere sus documentos de inmigración. En la lista siguiente verá algunos tipos comunes de documentos. Si el documento que usted tiene no está en la lista, puede escribir el nombre del documento. Si no está seguro o tiene un estatus elegible, pero no tiene ningún documento, llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para que lo ayuden.

SI USTED TIENE:	ESCRIBA LO SIGUIENTE PARA EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
Tarjeta de residente permanente, "Tarjeta verde" (I-551)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> <li>Número de la tarjeta</li> </ul>
Permiso de reingreso (I-327)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> </ul>
Documento de viaje para refugiado (I-571)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> </ul>
Permiso de trabajo (I-766)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> <li>Número de la tarjeta</li> <li>Fecha de caducidad</li> <li>Código de la categoría</li> </ul>
Visa de inmigrante con lectura electrónica de datos (con nota temporal I-551)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> <li>Número de pasaporte</li> </ul>
Sello temporal I-551 (en el pasaporte o 1-94/1-94A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero</li> </ul>
Registro de Entradas/Salidas (I-94/I-94A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de I-94</li> </ul>
Registro de Entradas/Salidas en el pasaporte extranjero (I-94)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de I-94</li> <li>Número de pasaporte</li> <li>Fecha de caducidad</li> <li>País que lo emite</li> </ul>
Pasaporte extranjero	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de pasaporte</li> <li>Fecha de caducidad</li> <li>País que lo emite</li> </ul>
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Estudiante no Emigrante (I-20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de identificación SEVIS</li> </ul>
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Visitante de Intercambio (DS2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de identificación SEVIS</li> </ul>
Notificación (I-797)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero o un número de I-94</li> </ul>
Otro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de registro de extranjero o un número de I-94</li> <li>Descripción del tipo o nombre del documento</li> </ul>

## Usted también puede escribir estos documentos o estatus:

- Un documento que indique que se es miembro de una tribu india reconocida federalmente o indio americano nacido en Canadá
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)
- Documento que indique suspensión de la expulsión
- El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión.
- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE.UU.
- Cubano/haitiano admitido
- Residente de Samoa Americana

## Para las personas que trabajan por cuenta propia:

**Si usted tiene cualquiera de estos gastos, puede substraerlos de su ingreso bruto para obtener la cantidad de sus ingresos netos como trabajador por cuenta propia:**

- Gastos de auto y camión (para viajes durante el día de trabajo, no para ir y venir de la casa al trabajo)
- Salario del empleado y beneficios suplementarios
- Interés (incluya los intereses de la hipoteca de la casa pagado a los bancos, etc.)
- Renta o arrendamiento de propiedad para negocios y servicios públicos
- Publicidad
- Reparaciones y mantenimiento
- Impuestos deducibles por ser trabajador por cuenta propia
- Contribuciones a SEP, SIMPLE o plan de retiro calificado como trabajador por cuenta propia
- Seguro de propiedad, seguridad e interrupción de actividades empresariales
- Depreciación
- Servicios legales y profesionales
- Comisiones, impuestos, licencias y cargos
- Contratos laborales
- Ciertos viajes de negocio y comidas
- Costo de seguro médico como trabajador por cuenta propia

## Asistencia para completar esta solicitud

- **Consejeros certificados de solicitudes, navegadores, consejeros que atienden en persona y otros asistentes:**
  - Estas son personas u organizaciones profesionales que están capacitados para ayudar a los consumidores que están en busca de opciones para una cobertura médica a través del Mercado, incluyendo ayuda para llenar esta solicitud. Estos servicios son gratis para los consumidores. Usted puede pedirles la certificación que demuestra que están autorizados para hacer este trabajo. Ellos pueden ayudarlo a completar esta sección. El número de identificación es el número de identificación del navegador. Esta identificación alfanumérica (13 letras y números) es única y se le da a cada navegador.
- **Permiso para enviar la información**
  - Al enviar esta solicitud, usted nos dice que tiene permiso de todas las personas cuya información aparece en la solicitud tanto para enviar su información al Mercado como para recibir cualquier comunicación sobre su elegibilidad e inscripción.

## Política Respecto a la Ley de Privacidad

(efectivo el 09/01/2013)

Estamos autorizados a recopilar información en este formulario y cualquier documentación complementaria, incluidos números de seguro social, de conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (Ley pública No. 111-148), según enmendado por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley pública No. 111-152) y la Ley del Seguro Social.

Necesitamos la información brindada acerca de usted y de las otras personas mencionadas en este formulario para determinar su elegibilidad para: (1) inscribirse en un plan de salud calificado a través del Mercado Federal de Seguros Médicos, (2) programas de accesibilidad de seguros (como Medicaid, CHIP, pago por adelantado de los reembolsos de la prima, y reducciones por costos compartidos), y (3) certificaciones de exención del requisito de responsabilidad individual. Como parte de ese proceso, verificaremos la información brindada en el formulario, nos comunicaremos con usted o con su representante autorizado y al final le brindaremos su información al plan de salud que usted seleccione para que puedan inscribir en un plan de salud calificado o en un programa de accesibilidad de seguros a las personas que sean elegibles. También usaremos la información ofrecida como parte de la operación en curso del Mercado, incluidas actividades como verificar la continuación de la elegibilidad de todos los programas, procesamiento de apelaciones, informar y gestionar los programas de accesibilidad de seguros para personas elegibles, llevar a cabo la supervisión y actividades de control de calidad, combatir el fraude y responder a cualquier inquietud sobre la seguridad o confidencialidad de la información.

Aunque proveer la información que se solicita (incluidos los números de seguro social) es voluntario, no proporcionarla podría retrasar o impedir que obtenga una cobertura médica a través del Mercado, el pago por adelantado de los reembolsos de la prima, reducciones por costos compartidos, o una exención del requisito de responsabilidad individual. Si usted no tiene una exención del pago de responsabilidad compartida y no tiene una cobertura de salud calificada durante tres meses o más al año, podría estar sujeto a una penalidad. Si usted no provee información correcta en este formulario, y a sabiendas e intencionalmente proporciona información falsa o fraudulenta, podría estar sujeto a una penalidad y a que se le apliquen otras leyes.

Para poder verificar y procesar las solicitudes, determinar la elegibilidad y operar el Mercado, necesitaremos compartir determinada información que recibamos fuera de los CMS, por ejemplo con:

1. Otras agencias federales, (como el Servicio de Rentas Internas, la Administración del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Nacional), agencias del estado (como Medicaid o CHIP) o agencias del gobierno local. Puede ser que usemos la información que usted nos proporcione en programas de cotejo electrónico con cualquiera de estos grupos para llegar a determinaciones en cuanto a elegibilidad, para verificar la continuidad de la elegibilidad para inscribirse en un plan de salud calificado o en programas federales de beneficios, o para procesar apelaciones de determinaciones en cuanto a elegibilidad;
2. Otras fuentes de verificación, incluidas agencias de reporte de crédito;
3. Los empleadores identificados en las solicitudes para determinación de elegibilidad;
4. Solicitantes/personas inscritas, y representantes autorizados de solicitantes/ personas inscritas;
5. Agentes, corredores y personas que emiten los Planes de Salud Calificados, según corresponda, que están certificados por los CMS y ayudan a los solicitantes/personas inscritas;
6. Contratistas de los CMS que están realizando alguna función para el mercado; y
7. Cualquier otra persona o entidad según exija la ley o se permita de conformidad con el Aviso del Sistema de Archivos de la Ley de Privacidad relacionada con esta recopilación (Sistema de Intercambio de Seguro de Salud de los CMS (HIX), Sistema de CMS No. 09-70-0560, según enmendado, Registro Federal 78, 8538, 6 de marzo de 2013, y Registro Federal 78, 32256, 29 de mayo de 2013).

Esta declaración contiene el aviso exigido por la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a(e)(4)). Puede informarse más sobre la forma en que manejamos su información visitando [CuidadoDeSalud.gov/privacy](http://CuidadoDeSalud.gov/privacy).